

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich, _____, geb. am _____
Name

wohnhaft in: _____
Anschrift

alle Ärzte, die mich im Zusammenhang mit dem Verkehrsunfall vom behandelt haben oder behandeln werden, gegenüber den beteiligten Rechtsanwälten, Versicherungsgesellschaften, Strafverfolgungsbehörden und Gerichten von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Kopien der erteilten Auskünfte sollen meinem

Rechtsanwalt
Michael Heilmann
Brandenburger Straße 69
14469 Potsdam
Tel. 0331/291710
Fax.: 0331/280 43 41

zum Aktenzeichen zur Verfügung gestellt werden.

_____, den _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift)